

d'organes, de plaies du tube intestinal, il arrive très souvent que l'on n'observe pas d'inflammation diffuse grave. A propos des blessures de l'intestin, nous devons revenir spécialement sur certaines conditions favorables que présente ce dernier, et qui peuvent contribuer à cet heureux résultat. Nous devons, pour le moment nous contenter de parler d'une propriété particulière des membranes séreuses dans les conditions pathologiques, propriété qui est de la plus grande importance au point de vue de l'heureuse terminaison de ces plaies. On sait qu'à l'état normal les membranes séreuses n'ont aucune tendance à se souder entre elles, et que leurs surfaces lisses en contact doivent glisser l'une sur l'autre pour répondre à leur but fonctionnel. Mais elles perdent cette propriété lorsqu'elles deviennent le siège d'une irritation inflammatoire; l'inflammation devient alors franchement adhésive si elle ne revêt pas dès le début le caractère purulent ou putride. Déjà dans les plaies du poumon et de la plèvre nous avons constaté que, pour ainsi dire, au moment de l'épanchement sanguin, se développe une inflammation fibrineuse, avec formation rapide de tissu conjonctif, qui soude entre elles les surfaces séreuses. Nous retrouvons les mêmes phénomènes à un plus haut degré dans les lésions traumatiques de la cavité abdominale. L'épiploon vient faire hernie dans la plaie et contracte rapidement des adhérences avec la partie voisine du péritoine; de même une anse d'intestin blessée et faisant hernie, ou se trouvant placée près de l'orifice interne péritonéal de la plaie, peut se souder par le même processus inflammatoire avec la surface opposée du péritoine; les matières fécales sortant par la plaie de l'intestin, au lieu de tomber dans la cavité abdominale, peuvent alors s'écouler directement au dehors. La plaie de l'estomac ou de l'intestin peut même se fermer lorsque le feuillet péritonéal, dans le voisinage de la plaie, vient se souder à un organe tapissé d'une membrane séreuse, de façon qu'ici encore les matières fécales ne s'écoulent pas dans la cavité abdominale. Dans d'autres cas les conditions ne sont pas assez favorables pour amener une guérison directe, mais elles peuvent du moins opposer une barrière aux phénomènes inflammatoires; ainsi, par exemple, lorsqu'une plaie de l'intestin a donné lieu à un épanchement de matières fécales, les anses intestinales voisines peuvent se souder entre elles et empêcher l'inflammation de s'étendre au loin; au lieu d'une péritonite diffuse on voit alors se former un **abcès enkysté**. Dans la cavité abdominale l'inflammation adhésive et les adhérences se produisent très rapidement; ainsi après la résection de l'épiploon ou une ovariectomie, le moignon du pédicule qui a été lié n'est pas nécessairement voué à la nécrose, bien que sa nutrition soit fortement compromise; c'est qu'en effet le moignon se soude par inflammation à la surface péritonéale voisine et est bientôt nourri par les vaisseaux qui se développent en très peu de temps au niveau des adhérences (WALDEYER, SPIEGELBERG).

§ 4. — Ainsi donc, d'une part, dans les plaies de la cavité abdominale,

les chances d'introduction des agents d'inflammation et de putréfaction sont bien plus nombreuses, et, par conséquent, le danger d'une inflammation diffuse paraît être bien plus grand, que dans les plaies intéressant d'autres cavités du corps; mais, d'autre part, ce danger est en partie conjuré par la possibilité de la formation d'adhérences entre les surfaces séreuses, adhérences qui peuvent constituer une barrière efficace à la diffusion de la péritonite.

Dans quelques cas on observe des phénomènes de décomposition putride dans la cavité abdominale, en l'absence d'une lésion traumatique directe des intestins ou d'une plaie pénétrante de l'abdomen. Un épanchement sanguin peut subir la décomposition putride et donner lieu ainsi à un **abcès putride intra-péritonéal** ou à une **péritonite septique diffuse**. Pour expliquer ces faits isolés il suffit de se rappeler que la diffusion de substances en putréfaction à travers les parois de l'intestin n'est point impossible, surtout lorsque la séreuse a été blessée superficiellement. Ainsi on peut voir survenir une péritonite à la suite d'une suppuration, même très limitée, dans la région de l'appendice vermiforme. De même une inflammation de la séreuse se développe parfois dans le voisinage de l'intestin grâce, sans doute, aux microbes que renferment les matières intestinales. L'odeur fécale caractéristique d'un grand nombre d'abcès voisins du rectum, mais sans communication avec ce dernier, fournit un appui à cette manière de voir.

Des péritonites dites spontanées se développent avec une fréquence toute particulière chez les femmes. Rien ne justifie évidemment l'hypothèse qui tend à attribuer aux refroidissements cette prédisposition aux péritonites dans le sexe féminin. Il est bien plus probable que quelque agent inflammatoire a pénétré le long des trompes de Fallope dans la cavité abdominale, soit qu'il s'agisse de sang menstruel en décomposition, soit que, dans le cours d'une blennorrhagie vaginale, des gonocoques aient réussi à pénétrer dans la cavité de l'utérus.

Le mécanisme que nous avons décrit plus haut, et auquel nous sommes souvent redevables de l'heureuse terminaison des lésions traumatiques de l'abdomen, ne peut être dans la grande majorité des cas reproduit artificiellement. Mais lorsque la nature en a fait les frais, nous pouvons contribuer à mettre le malade dans les conditions les plus favorables à la guérison. Nous pouvons limiter les mouvements de l'intestin en prescrivant l'abstention complète des aliments, le repos au lit et les opiacés. S'il s'est déjà formé des adhérences, par exemple, entre l'épiploon hernié et la plaie de l'abdomen, nous devons les respecter. On devra toujours compter avec ces conditions naturelles de guérison, qu'il s'agisse d'une plaie accidentelle ou produite par la main du chirurgien.

#### Contusions de l'abdomen.

§ 5. — Une cause traumatique peut, sans blesser les téguments, ni per-



forer les parois de l'abdomen, produire des lésions plus ou moins étendues de ces parois et du contenu de la cavité abdominale; tantôt la violence extérieure s'exerce directement sur les parois mêmes de l'abdomen, tantôt elle agit **indirectement**, par exemple, lorsque la rupture d'un organe est due à une chute sur les pieds ou à un corps lourd tombant sur la tête ou le dos. **Les causes directes** sont celles que nous avons déjà plusieurs fois mentionnées, en particulier à propos des lésions traumatiques de la cavité thoracique; tels sont les chocs ou coups portés contre les parois de l'abdomen, le passage d'une roue de voiture sur le corps, la percussion de l'abdomen par un projectile, la chute sur des objets durs, la pression d'un corps lourd tombant sur l'abdomen pendant que le blessé est couché sur le dos, ou enfin la compression de l'abdomen entre les tampons de deux locomotives, etc. Nous devons mentionner également les **déchirures sous-cutanées de certains muscles à la suite de contractions violentes et subites**. Ce dernier genre de lésions affecte le plus souvent le muscle grand droit, très rarement le diaphragme, quelquefois l'utérus pendant l'accouchement; on l'observe principalement sur des muscles malades, atteints de dégénérescence graisseuse.

§ 6. — Disons d'abord quelques mots des **lésions des parois**, qui généralement n'ont par elles-mêmes que peu d'importance. Les déchirures des vaisseaux sous-cutanés et sous-aponévrotiques donnent lieu à des ecchymoses s'étendant rapidement sur de vastes régions et ne s'arrêtant que dans les points où la peau est unie d'une façon plus intime aux tissus sous-jacents, comme au niveau de la crête iliaque, de la ligne blanche et surtout de l'ombilic. Les lésions des parois musculaires ne s'observent un peu fréquemment que dans les points où les muscles recouvrent des parties dures, comme dans la région du dos et au niveau des os iliaques.

Le décollement du péritoine et la déchirure des vaisseaux de la couche sous-séreuse ne sont point des accidents rares, car le péritoine est uni d'une façon relativement lâche aux autres parties de la paroi. Il en résulte un **hématome sous-séreux** plus ou moins étendu. Le sang épanché se répand dans le tissu sous-séreux, et au bout de quelques jours on observe des ecchymoses partout où le tissu sous-séreux se continue librement avec le tissu conjonctif profond du voisinage, par exemple au niveau des faces antérieure et postérieure de la cuisse.

Le péritoine lui-même est si souple qu'on observe rarement des ruptures isolées de cette membrane, et lorsqu'elles se produisent, on trouve ordinairement que d'autres organes ont été déchirés en même temps; la rupture du péritoine est alors beaucoup moins importante que les lésions concomitantes.

Les diverses lésions que nous venons de mentionner, sont celles d'une contusion modérée de l'abdomen, se terminant en général favorablement

au bout de peu de temps. Les petites ruptures vasculaires, au niveau des intestins et les ecchymoses multiples sous-péritonéales s'observent aussi bien dans ces lésions légères que dans les traumatismes graves que nous aurons à étudier.

§ 7. — Les contusions des parois de l'abdomen sont souvent compliquées de **lésions graves des organes de la cavité abdominale**, et, sauf de rares exceptions que nous ferons connaître plus tard, ce sont précisément ces dernières lésions qui sont la cause de la marche défavorable des traumatismes appelés graves au point de vue clinique. Dans d'autres cas la lésion intéresse exclusivement les viscères abdominaux sans que l'on constate des signes de contusion des parois.

D'abord on observe quelquefois une **déchirure de l'épiploon**; la gravité de cette lésion dépend de l'importance des vaisseaux qui ont été déchirés en même temps. L'épanchement sanguin qui se fait dans la cavité abdominale, peut être assez abondant pour entraîner la mort par anémie, ou bien le sang est résorbé, soit directement, soit après s'être enkysté en provoquant autour de lui un certain degré de péritonite. Dans ce dernier cas il peut arriver que la résorption ne s'opère pas et qu'à la place de l'épanchement il se forme un « kyste sanguin ». Il est rare qu'une péritonite mortelle soit la conséquence de cet hématome intrapéritonéal circonscrit; de même, on observe rarement la suppuration de l'hématome et la formation d'un **abcès intrapéritonéal enkysté**.

Parmi les lésions traumatiques des organes de l'abdomen, les plus fréquentes sont celles du **foie**. Sur 17 cas mortels de lésions de cette catégorie, observés à l'hôpital de Guy, la glande hépatique était atteinte neuf fois. Cet organe est en contact avec les côtes sur une grande étendue. Il remplit complètement, du côté droit, le diamètre antéro-postérieur de la cavité abdominale, et, en vertu de sa fixité, il ne peut fuir les causes traumatiques; il n'est pas étonnant, dès lors, qu'il soit très exposé à être blessé directement par des violences extérieures comme le passage d'une roue de voiture, un éboulement etc. Il n'est pas rare, d'autre part, qu'une déchirure du foie soit produite par une chute sur les pieds ou sur la tête. Dans une chute sur les pieds, le corps se trouve arrêté tout à coup, tandis que le foie, suspendu dans la cavité abdominale, conserve sa vitesse acquise; il en résulte soit une séparation du foie au niveau de son point de fixation, soit une rupture de la substance même de cet organe ou de sa capsule. On observe alors volontiers, en même temps, des déchirures des poumons, du diaphragme et d'autres organes, tandis que dans les lésions par causes directes, on observe plutôt des fractures de côtes.

Le **pronostic** dépend naturellement de l'étendue de la rupture, qui est très variable; tantôt le foie présente seulement une déchirure superficielle intéressant sa capsule, tantôt le tissu de la glande est déchiré profondément, ainsi que les gros vaisseaux sanguins et biliaires, tantôt enfin une partie du foie a été complètement broyée. Après que le malade a échappé aux conséquences de la commotion (shock), le danger qu'il court dépend en première ligne de l'abondance de l'hémorragie. Une lésion importante est celle de la vésicule et des grands conduits biliaires. Les plaies qui intéressent en même temps le foie et la vésicule biliaire, paraissent avoir toujours une terminaison